

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE ^{No} 362

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mai 1898, à 1 heure

Par PASGAL ARNAUD

né à Bocognano (Corse) le 17 août 1858.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES URÉTHRITES LIÉES
AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. PINARD, professeur.
VARNIER et POIRIER agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1898

362

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mai 1898, à 1 heure

Par PASCAL ARNAUD

né à Bocognano (Corse) le 17 août 1858.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES URÉTHRITES LIÉES
AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Président : M. TILLAUD, professeur.

*Juges } MM. PINARD, professeur.
VARNIER et POIRIER agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

—
1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
Clinique chirurgicale	}	FOURNIER.
		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinaires		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		BERGER.
Clinique d'accouchements		DUPLAY.
		LE DENTU
		GUYON.
		PANAS.
		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME ET MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES URÉTHRITES LIÉES
AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

AVANT PROPOS. — DIVISION DU SUJET

Le sujet que nous avons choisi pour notre thèse inaugurale est depuis longtemps connu et bien étudié. Loin de nous, par conséquent, la prétention de faire un travail original, donnant lieu à des aperçus nouveaux. Ayant vu traiter et ayant traité nous même un certain nombre de rétrécissements de l'urèthre, nous avons pu constater la fréquence des écoulements aigus et chroniques auxquels ils peuvent donner naissance et auxquels la stricture elle-même attache des caractères spéciaux. Nous avons observé avec tout le monde la difficulté qu'il y avait à guérir certains de ces écoulements en quelque sorte symptomatiques, et nous avons cru bien faire en mettant en évidence, dans ce modeste

travail, la méthode thérapeutique qui nous a paru la meilleure, celle sur laquelle on peut compter pour amener une guérison définitive. Cette méthode thérapeutique est bien connue, nous le répétons ; elle s'adresse à la fois à la cause, c'est-à-dire au rétrécissement, et au symptôme, c'est-à-dire à l'écoulement. Elle combat le premier par la dilatation progressive, et elle s'attaque au second par les grands lavages antiseptiques de l'urèthre, si l'inflammation est généralisée, et par les instillations de sels d'argent, si l'irritation est localisée à une partie seulement du canal.

Si les instillations et surtout les grands lavages antiseptiques sont de date relativement récente pour combattre l'écoulement blennorrhagique, on peut dire que la dilatation est ancienne, en tant que méthode destinée à obtenir le même résultat. On sait qu'un chirurgien américain, Otis, de New-York a érigé en système, que tout écoulement chronique de l'urèthre était justiciable de la dilatation, étant donné, que pour lui, l'écoulement est toujours la conséquence directe, le symptôme essentiel d'un rétrécissement. Pour guérir l'effet, il faut donc s'adresser à la cause.

Quelque opinion que l'on se fasse de cette théorie, il faut reconnaître qu'elle a donné de nombreux succès pour la guérison de la blennorrhée. Cette constatation est vieille ; sans remonter au delà du siècle dernier, Swediaur, Hunter et Bell l'avaient établie ; Béniqué affirmait en 1844 gué-

rir la gonorrhée par la dilatation, Alphonse Guérin, Rollet, Voillemier, Désormeau et Thomson connaissaient ces heureux effets du calibrage urétral. Comme le fait remarquer M. Forgue dans le traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, l'action des bougies Béniqué est multiple ; parfois elles éveillent, dans le canal une légère inflammation substitutive ; peut-être doit-on admettre avec Guérin que la « compression produite sur les glandules uréthrales entre en ligne de compte dans le résultat final » : il est plus probable que la dilatation agit en recalibrant régulièrement le canal, en assouplissant la paroi, en favorisant, par une sorte de massage, la résorption de l'infiltrat embryonnaire.

L'écoulement chronique de l'urèthre est donc amendé et souvent même guéri par la simple dilatation, et cet heureux résultat a d'autant plus de chance d'être obtenu qu'il est le symptôme révélateur d'un rétrécissement du canal. Toutefois il ne faudrait pas croire qu'il suffit de traiter la cause pour guérir l'effet ; on sait la désespérante ténacité de la goutte militaire, même alors qu'on a combiné et employé les meilleurs traitements. La seule dilatation n'est donc pas suffisante dans beaucoup de cas que l'on peut avoir à traiter. Aussi maintenant que l'on connaît les causes complexes qui éternisent un écoulement, ne se contente-t-on plus d'un seul moyen thérapeutique, excellent en soi, mais parfois insuffisant. A la dilatation

méthodique et régulièrement progressive, on ajoute l'action modificative qu'exerce sur la muqueuse le nitrate d'argent, en solution plus ou moins concentrée, et les instillations portées sur les points malades produisent souvent le plus heureux résultat. Dans d'autres cas, et surtout quand l'uréthrite ne paraît pas localisée dans une ou plusieurs points de l'urèthre, lorsque surtout elle se présente sous la forme d'écoulement catarrhal sécrété par la muqueuse irritée dans sa totalité et sur toute sa longueur, la méthode des instillations peut devenir inefficace ; c'est alors qu'on a recours aux grands lavages du canal avec des solutions antiseptiques étendues. Ces grands lavages, alternés avec la dilatation par les beniqués ont donné souvent les meilleurs résultats, et bien qu'entrés depuis peu dans la pratique journalière, il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu à s'en louer et à constater leur efficacité parfois merveilleuse.

Le traitement de la blennorrhée par la dilatation, combinée aux instillations et aux grands lavages antiseptiques de l'urèthre, a donc fait ses preuves et il serait banal d'insister outre mesure sur son excellence. Dans cette étude, nous voulons simplement apporter notre modeste appoint à la question, en exposant la manière de faire que nous enseignent les maîtres et en apportant les observations que nous avons pu recueillir nous-même. Mais avant de le faire, nous croyons bon d'étudier les caractères plus ou moins spéciaux

que présentent les uréthrites, chroniques ou non, qui sont liées au rétrécissement de l'urèthre. L'opinion d'Otis, qui prétend que l'écoulement blennorrhéique est toujours sous la dépendance d'une stricture uréthrale, est certainement entachée d'exagération. Parmi les variétés cliniques que présentent les écoulements, il en est qui sont indépendants de tout rétrécissement, d'autres qui sont manifestement sous sa dépendance. Ce sont ces derniers seuls qui feront l'objet de notre étude.

La division de notre travail sera donc toute simple. Dans un premier chapitre, nous étudierons les caractères spéciaux qu'impriment aux uréthrites les rétrécissements du canal. Nous exposerons ensuite la méthode qui leur est appréciable pour les guérir, et nous y joindrons les observations personnelles que nous avons pu recueillir nous-même.

Enfin, dans un troisième et dernier chapitre, nous soumettrons à nos juges une hypothèse qui, eu égard à la grande fréquence des rétrécissements dits valvulaires et surtout à la localisation de certaines de ces brides, nous paraît séduisante et digne d'être défendue. Bien que la chose ait rarement été signalée, il semble que des rétrécissements situés au point d'abouchement des portions spongieuse et membrano-portatique peuvent être observés en dehors de tout traumatisme et de toute inflammation antérieure et par conséquent

être attribués à un vice de conformation d'origine congénitale. A l'appui de cette conception, nous apportons une observation qui nous paraît probante et qui nous a été communiquée par notre confrère de Rennes, M. le D^r Lautier.

Avant de commencer notre étude, nous tenons à exprimer nos sentiments de gratitude à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales, en particulier à nos maîtres de l'école de médecine de Marseille. Nous adressons aussi tous nos remerciements à nos confrères et amis de Rennes, MM. Bertheux et Lautier.

Dans la description que nous ferons plus loin des écoulements liés aux rétrécissements de l'urèthre, nous tenons à déclarer que nous avons mis à contribution l'excellent ouvrage de M. le D^r Hamonic (1).

Nous sommes profondément touché de l'honneur que nous fait M. le Professeur Tillaux en acceptant la présidence de notre thèse et nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.

1. *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, par le D^r P. Hamonic, Paris (1893).

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉS CLINIQUES DES ÉCOULEMENTS LIÉS AUX RÉTRÉCISSEMENTS URÉTHRAUX

La très grande majorité des rétrécissements de l'urèthre relevant d'une inflammation antérieure du canal, il est facile de comprendre que cette inflammation, mal éteinte, peut persister longtemps et coexister avec la stricture dont elle est la cause initiale. Parfois, celle-ci se présente seule à l'observation clinique qui ne peut déceler aucun écoulement, aucun suintement appréciable, alors que l'examen de l'urèthre dénote la présence de coarctations plus ou moins serrées et souvent multiples. Ces rétrécissements secs sont moins nombreux toutefois qu'on pourrait le supposer au premier abord, car, si la coarctation est toujours facile à découvrir par un examen tant soit peu sérieux, si elle se révèle au clinicien par le simple passage d'une bougie exploratrice, et cela d'une façon permanente, il n'en est pas de même de l'écoulement, phénomène

ne parfois fugace et souvent inconstant. Il arrive en effet, que chez le même sujet, tel rétrécissement non soigné peut s'accompagner d'un écoulement peu appréciable, souvent méconnu et nié par le malade, et que, seul, un examen minutieux du praticien peut mettre en évidence. Tel suintement peut disparaître momentanément, sous l'influence d'un régime spécial ou par une sorte de latence de l'agent microbien qui le provoque. Enfin certains rétrécissements ne s'accompagnent ou plutôt ne se compliquent d'écoulement que sous l'influence d'une irritation quelconque, d'un excès banal et tout rentre dans l'ordre dès que cette cause passagère a épuisé son effet. Il se peut donc que le médecin, en examinant un rétréci, ne trouve pas d'écoulement concomitant. Quoiqu'il en soit, l'observation de la plupart des malades atteints de rétrécissements uréthraux démontre que l'écoulement est un phénomène fréquent, qui coexiste avec le sténose et souvent domine la scène au point de devenir prépondérant. Tantôt cet écoulement est aigu, tantôt il est chronique, mais presque toujours il présente dans sa modalité clinique des caractères qu'il emprunte à la stricture et qu'il importe de mettre en relief.

Avant d'entrer plus avant dans la description des variétés cliniques que présentent les écoulements liés aux rétrécissements de l'urèthre, il importe d'établir une distinction fondamentale entre ceux qui sont dus à l'irritation provoquée par

le rétrécissement lui-même et ceux qui, sous la dépendance de gonocoque blennorrhagique, sont entretenus à la faveur de ce même rétrécissement. Les uns ne sont pas transmissibles, tandis que les autres, doués de virulence, sont contagieux et par conséquent plus graves. L'écoulement purulent simple ne possède qu'une action irritative banale, tandis que l'écoulement purulent blennorrhagique, sauf dans certaines périodes de latence de gonocoque, est susceptible de transmettre la blennorrhagie. Dans le 1^{er} cas, le symptôme est sous la dépendance presque exclusive du rétrécissement, et le traitement de celui-ci en a raison presque immédiatement, tandis que dans le second cas, le traitement de la stricture ne s'exerce que d'une façon indirecte, bien que souvent très heureuse, sur l'écoulement provoqué par le gonocoque ; celui-ci trouve dans l'état du canal un élément de vitalité, mais le rétablissement du calibre normal de l'urèthre n'est pas suffisant pour tarir l'écoulement dont il est la cause directe. Nous reviendrons du reste sur ce point en parlant du traitement.

La plupart des suintements liés aux rétrécissements de l'urèthre sont de nature catarrhale. Le liquide est grisâtre, à peine puriforme, quelquefois même séreux et presque transparent. Tantôt ce catarrhe est généralisé, tantôt il paraît plus particulièrement avoir pour siège telle ou telle partie du canal, d'où la division de ces uréthrites chroniques en uréthrites généralisées ou localisées.

A côté de ces écoulements de diverse nature, résultant de l'irritation qui provoque sur la muqueuse uréthrale une stricture quelconque, il faut signaler, pour être complet, les uréthrorrhagies ou écoulements sanglants qui accompagnent parfois les rétrécissements. Ceux-ci saignent au moindre contact, et la cause en est dans leur organisation particulièrement vasculaire. Mais à vrai dire, ces écoulements sanglants ne sont en réalité qu'une variété clinique du rétrécissement, et ils ne constituent pas une entité morbide, mais bien plutôt une complication. Nous n'avons donc pas, dans ce travail, à nous étendre plus longuement sur eux.

En définitive, nous croyons bon d'étudier dans ce chapitre les écoulements aigus, qui surviennent chez les rétrécis et les uréthrites chroniques, généralisées, ou au contraire siégeant sur une portion bien localisée du canal : ces dernières présentent surtout des caractères bien déterminés et leur fréquence doit leur assigner une importance toute spéciale.

Uréthrites aiguës. — Tout rétrécissement de l'urèthre prédispose le sujet qui en est atteint aux inflammations aiguës du canal, soit que le rétrécissement en soit la cause directe, jouant en quelque sorte le rôle d'épine irritante, soit que le traitement qu'on institue pour la guérir détermine une phlegmasie aiguë, soit que ces écoulements

ne sont que des poussées inflammatoires greffées sur un état chronique, ce qui est pour ainsi dire la règle. On pourrait presque établir en principe que tout rétréci présente à un degré variable de l'urétrite chronique latente : cette urétrite, généralement localisée en arrière de la stricture, subit, sous une influence parfois très légère, une exacerbation qui fait croire à un processus phlegmasique nouveau. Ces poussées aiguës se produisent à la suite des excès, des fatigues, mais le plus souvent, il convient de le dire, ce sont les tentatives de dilatation, les infections intempestives qui en sont la cause prochaine. Il y a des rétrécissements d'une intolérance remarquable, et que la moindre exploration du canal complique d'urétrites aiguës. A vrai dire, souvent les malades qui veulent se soigner eux-mêmes ne prennent pas toutes les précautions nécessaires et se servent de bougies mal nettoyées, fendillées, qui déterminent une irritation presque fatale. Les injections brutales produisent le même résultat, de même qu'une forte tension urinaire s'exerçant en arrière d'un rétrécissement, est capable d'agir de façon identique et d'amener une poussée d'urétrite. Nous signalons plus loin l'observation remarquable d'un malade que nous avons vu traiter à diverses reprises et qui se trouvait parfois dans l'obligation de retenir ses urines pendant plusieurs heures, de sorte que les efforts violents qu'il faisait pour vider rapidement sa vessie dé-

terminaient une poussée aiguë et fort douloureuse d'urétrite.

Quoi-qu'il en soit de la cause étiologique, les urétrites aiguës chez les rétrécis ne présentent guère de caractères spéciaux. Il faut signaler cependant qu'elles sont généralement très douloureuses, et qu'elles déterminent une exagération dans les signes subjectifs du rétrécissement lui-même. Le malade éprouve une difficulté très grande à uriner ; la miction produit une souffrance des plus vives, il existe une turgescence notable et presque permanente du corps spongieux de l'urètre. Ces phénomènes s'expliquent facilement si on tient compte de ce que l'hyperémie offrant son maximum d'intensité au niveau de la coarctation, celle-ci s'accuse davantage en très peu de temps, avec son cortège de symptômes, la lumière du canal se trouvant diminuée d'une façon brusque et rapide. En dehors des signes ci-dessus mentionnés, l'urétrite peut revêtir ce caractère spécial chez les rétrécis qu'elle se complique plus facilement que toute autre de rétention d'urine, généralement passagère, ou bien encore d'hémorrhagie uréthrale due à l'intensité de la phlegmasie ou plutôt à la violence qui est faite à la muqueuse au voisinage de la stricture, sous l'influence de l'effort plus pénible de la miction.

En dehors de ces caractères, l'urétrite évolue chez le rétréci comme toute autre inflammation survenant chez un sujet sain. La marche de la

maladie est moins franche, moins rapide. Elle se calme au bout d'un temps variable mais la guérison n'est pas réelle ; de temps à autre le foyer presque éteint se rallume, l'irritation qui provoque le rétrécissement restant permanente. Souvent d'aiguë qu'il était, l'écoulement passe à l'état chronique, malgré tous les traitements qui sont dirigés contre lui et qui ne s'attaquent pas au rétrécissement causal.

Le diagnostic de ces inflammations aiguës n'est pas facile au point de vue de la cause qui leur a donné naissance, à moins qu'on ne possède des commémoratifs sérieux. On sera guidé par les antécédents du malade et l'évolution particulière que présente parfois l'urétrite. Au reste, dès que l'état local le permettra, la bougie exploratrice fera cesser tous les doutes, s'il en existe.

Nous parlerons du traitement au chapitre suivant.

Urétrites chroniques. — Les urétrites chroniques sont celles qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer en même temps que les rétrécissements du canal. Nous savons que certains chirurgiens professent que tout suintement de l'urètre provient d'une coarctation, serrée ou non. Sans aller jusqu'à soutenir une pareille assertion pour tous les cas, il faut convenir que l'observation clinique lui donne souvent raison ; on peut même admettre un certain nombre de variétés dans

ces inflammations persistantes et rebelles. Tantôt l'urétrite affecte dans sa chronicité une forme qui rappelle, atténuée, l'inflammation aiguë, dont elle est la conséquence lointaine et à laquelle elle a succédé ; tantôt elle se présente, et, c'est le cas le plus fréquent et le plus typique, sous les apparences d'un suintement catarrhal plus ou moins abondant. Enfin, l'irritation chronique, au lieu d'être généralisée, comme dans les variétés précédentes, à toute l'étendue du canal, se localise à un point déterminé, presque toujours en arrière de la stricture elle-même, ou s'il en existe plusieurs, au delà de celle qui est le plus marquée. Enfin, dans quelques cas, le suintement provient de la portion uréthrale voisine de la vessie et révèle une inflammation chronique de l'urèthre postérieur. Nous avons à envisager chacune de ces variétés.

A — *Urétrite chronique proprement dite.*—

Cette première variété n'est, somme toute, que la conséquence éloignée de l'urétrite aiguë, succédant au rétrécissement lorsqu'il est déjà constitué, ou, plus fréquemment, relevant de l'inflammation qui lui a donné naissance et qui s'est éternisée en perdant progressivement ses caractères primitifs : Généralement, cette urétrite chronique détermine un suintement purulent, peu prononcé, il est vrai, mais pouvant à un moment donné, retrouver ses symptômes spéciaux sous le fait d'une irritation un peu vive de l'urèthre. Dans

la plupart des cas, cette uréthrite relève du gonocoque et témoigne de la persistance indéfinie de l'infection microbienne. C'est dire que l'écoulement, peu intense à l'ordinaire, peut conserver sa propriété contagieuse, et c'est là, indépendamment de l'influence fâcheuse qu'exerce sur le moral du malade la constatation de cette goutte purulente, tachant le linge en jaune plus ou moins verdâtre, avec une auréole de sérosité, c'est là, disons-nous, la véritable gravité de l'affection qui nous occupe. En effet, le gonocoque peut exister à l'état latent dans l'urèthre, le pus peut ne pas provoquer de contamination directe, puis tout à coup, sous une influence quelconque, un excès de table ou une excitation génésique intense, le microbe retrouve sa virulence et son pouvoir contagieux. Certaines uréthrites chroniques restent toujours contagieuses, alors que l'écoulement qu'elles provoquent est pour ainsi dire négligeable et passe inaperçu, même du médecin. Le rétrécissement, qui se constate en même temps qu'elles exerce sur leur persistance une influence bien nette, puisqu'il suffit de le traiter pour en avoir raison dans certain cas, alors que le traitement antiseptique seulement dirigé contre l'infection gonococcique ne suffit pas pour le faire disparaître si l'on n'y joint pas la dilatation.

B. — *Catarrhe de l'urèthre*. — Cette variété est peut-être celle qui coexiste le plus souvent

avec le rétrécissement de l'urèthre, et, à ce titre, nous devons nous étendre plus longuement sur elle. Et tout d'abord, disons ce que nous entendons par catarrhe de l'urèthre. C'est un écoulement grisâtre, à peine coloré, dénué de propriétés contagieuses ou pyogéniques mais qui, lié intimement à la stricture uréthrale, persiste indéfiniment. Le plus souvent, il succède à une uréthrite aiguë, comme dans la variété précédente, mais le pus perd peu à peu sa consistance épaisse, son aspect opaque. Le catarrhe est constitué par un écoulement de couleur blanc-grisâtre, légèrement visqueux, généralement assez abondant pour que le malade ait la sensation d'être mouillé, de percevoir l'issue d'une goutte au bout du méat urinaire. Et, de fait, le malade, préoccupé outre mesure de cette sensation d'humidité, fait sourdre avec facilité, en exerçant une pression d'arrière en avant, une goutte transparente et visqueuse qui s'écoule dès qu'on entr'ouvre l'orifice antérieur du canal. Sa chemise porte l'empreinte de cet écoulement, sous forme de petites taches plus ou moins régulières, plus ou moins étalées, de couleur grisâtre à peu près uniforme, avec une bordure périphérique assez nette. La sécrétion examinée au sortir du méat se présente sous l'aspect d'un mucus quelquefois incolore, souvent granuleux. Il n'a pas la viscosité du liquide prostatique et ne s'étire pas en filaments lorsqu'on dissocie la goutte avec les doigts. Il n'est cependant pas

fluide, mais il tient assez exactement le milieu entre le liquide aqueux et la sécrétion glaireuse.

Examinée au microscope, la goutte catarrhale présente des granulations résultant vraisemblablement de la désintégration de cellules épithéliales ; on y observe souvent des éléments microbiens vulgaires, et parfois le gonocoque, des globules rouges et blancs, surtout quand une phlegmasie aiguë a précédé de peu l'écoulement chronique.

Les symptômes subjectifs sont d'ordinaire insignifiants. La douleur est peu marquée, consistant en picotements, en cuisson, en sensation vague de brûlure légère au moment de la miction. Plus souvent le malade accuse une sensation de plénitude dans le canal, d'humidité au bout du méat qui généralement se trouve un peu rouge, et dont les lèvres sont légèrement tuméfiées.

L'exploration du canal doit toujours être pratiquée quand on constate cette gouttelette catarrhale. Cette intervention provoque peu de douleur, et d'habitude le talon de la bougie exploratrice ramène une goutte plus ou moins transparente, présentant le même caractère que celui qu'on observe au méat. On constate presque constamment, dans le cas de catarrhe nettement déterminé, la présence d'une ou plusieurs coarctations qui en sont la cause déterminante et qui l'entretiennent d'une façon indéfinie. Aussi, est-ce dans ces cas que la dilatation provoque sur l'écoulement les effets les plus immédiats et les plus sensibles.

Le diagnostic est relativement aisé, car il n'y a guère que la prostatorrhée qui pourrait en imposer au médecin, mais l'écoulement que provoque le catarrhe des glandes prostatiques est plus visqueux, moins grisâtre, et se présente avec un caractère d'intermittence qu'on ne trouve pas au même degré dans l'hypothèse de catarrhe.

Le pronostic dépend, nous l'avons dit, du traitement de la coarctation qui en est cause. Le catarrhe urétral résiste à tous les traitements qui s'attaquent exclusivement à lui et qui ne tiennent pas compte du rétrécissement. C'est-à-dire que si l'on néglige l'exploration du canal, on peut s'attendre à bien des mécomptes. De plus, le catarrhe urétral, par sa persistance, constitue un sujet de découragement et d'ennui ; le malade devient hypocondriaque, l'écoulement dont il est atteint est le sujet principal de ses préoccupations et la difficulté qu'on éprouve à l'en guérir n'est pas faite pour lui rendre courage.

C. — *Urétrite chronique localisée.* — Dans les variétés que nous venons d'étudier, l'inflammation purulente ou simplement catarrhale, était généralisée à la partie antérieure du canal de l'urèthre, et ne présentait pas de localisation à un point spécial de la muqueuse. Il arrive cependant bien souvent, et c'est là le signe caractéristique des urétrites liées au rétrécissement, que l'irritation inflammatoire se cantonne dans un point

spécial, qui, dans l'espèce, est situé précisément en arrière de la stricture. Cette localisation est facile à comprendre si l'on prend la peine d'observer les conditions dans lesquelles se trouvent placée la muqueuse du point situé en arrière du rétrécissement. En effet, lors de la miction, l'urine, en raison de l'effort auquel est condamnée la vessie pour l'expulser, exerce une pression sur le segment uréthral immédiatement situé en deçà de la coarctation.. En ce point la muqueuse se congestionne et s'enflamme, en même temps que le canal se dilate pour former dans quelques cas une véritable poche urineuse. Cette inflammation localisée existe même déjà antérieurement au rétrécissement lui-même, puisque celui-ci, dans l'immense majorité des cas, reconnaît une origine blennorrhagique, c'est-à-dire inflammatoire. Il en résulte que, pour franchir le point rétréci, l'urine exerce une sorte de pression traumatique incessamment répétée, en arrière de la stricture, et ce point devient dilatable et s'irrite, d'autant plus que quelques gouttes d'urine y stagnent d'ordinaire après chaque miction.

La localisation de l'urétrite chronique s'explique donc facilement par les conditions dans lesquelles se trouve placée la muqueuse en arrière du rétrécissement, et par le fait même de la coarctation. Cette urétrite localisée peut, dans certains cas, sous l'influence d'un traumatisme uréthral d'un excès vénérien ou alcoolique, se généraliser

à tout l'urèthre ; aussi bien que l'inflammation, de simple qu'elle était, peut devenir contagieuse par le réveil et la repullulation du gonocoque sous les mêmes influences. Quoiqu'il en soit, l'urétrite localisée est plutôt un symptôme habituel de rétrécissement qu'une complication véritable de celui-ci. L'écoulement qu'elle détermine est peu abondant, en raison de la faible étendue de la muqueuse enflammée ; il est généralement décelé par de petites taches jaunâtres qui existent sur la chemise du malade. L'urine de la journée balaie la sécrétion qui ne se révèle au méat que lorsqu'elle a pu se former en quantité suffisante, c'est-à-dire le matin de préférence. La douleur est souvent nulle ou à peu près, le malade s'accoutume à la légère brûlure ou à la cuisson auxquelles on peut la comparer. Le signe diagnostique principal est fourni par l'explorateur à boule olivaire, qui, introduit jusqu'au rétrécissement, ne ramène aucune sécrétion purulente ; ce n'est que lorsque l'instrument a franchi la sténose que la boule ramène sur son talon une goutte purulente caractéristique. On a, en procédant de la sorte, été chercher le pus là où il se trouve, c'est-à-dire en arrière même du rétrécissement, point où pour les raisons signalées plus haut, la muqueuse devient le siège d'une inflammation localisée. On sait que les rétrécissements sont le plus souvent multiples ; il peut par conséquent dans un urèthre, s'établir plusieurs foyers localisés, toujours en arrière de la

stricture. Cependant l'urétrite chronique localisée s'observe d'ordinaire et seulement en arrière du rétrécissement le plus serré, c'est-à-dire dans la région du bulbe de l'urèthre. Il existe normalement une dépression de la paroi inférieure de l'urèthre, qui donne la sensation d'un cul-de-sac. La localisation est donc bien précise, et il importe, dans l'exploration de l'urèthre de ne pas forcer le *sphincter* interurétrhal, qui établit en arrière la limite de l'inflammation comme le rétrécissement l'établit en avant.

Cette localisation de l'urétrite est tellement fréquente qu'on a proposé de lui donner le nom d'urétrite bulbaire. D'après ce qu'on vient de voir, elle est entièrement liée à la coarctation et le premier traitement qu'on doit diriger contre elle, c'est de s'attaquer à la cause en dilatant progressivement le canal, et au besoin en sectionnant le rétrécissement.

Dans quelques cas enfin, on voit se produire une inflammation du canal dans la portion de l'urèthre où ne siègent jamais les rétrécissements blennorrhagiques, c'est-à-dire dans l'urèthre-postérieur. L'urétrite postérieure est la conséquence de l'urétrite antérieure, c'est-à-dire de la portion spongieuse soit par propagation inflammatoire de proche en proche, ce qui est exceptionnel, soit par transport du pus d'avant en arrière et au delà du sphincter inter-urétrhal, à la suite du passage des instruments ou des injections forcées.

Cette urétrite postérieure n'est donc liée au rétrécissement que par l'intermédiaire de l'inflammation établie dans l'urèthre antérieur. Il nous suffit de signaler son existence, assez fréquente, mais il convient de se rappeler qu'elle est presque toujours coexistante à l'inflammation antérieure qui lui a donné naissance.

CHAPITRE DEUXIÈME

TRAITEMENT DES ÉCOULEMENTS LIÉS AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Nous venons d'étudier dans le paragraphe précédent les variétés que présentent les écoulements liés aux rétrécissements de l'urèthre. Notre description clinique doit se compléter par le traitement qu'il convient d'instituer contre ces inflammations uréthrales, soit aiguës, soit chroniques. D'une façon générale, on peut établir que le rétrécissement imprime à la physionomie symptomatique des uréthrites une évolution particulière que nous nous sommes efforcé de signaler précédemment ; il convient d'ajouter qu'à ces caractères spéciaux s'adjoignent aussi des modalités caractéristiques dans le traitement. Nous pouvons résumer ce que nous allons dire en établissant qu'à tout écoulement coexistant avec un rétrécissement de l'urèthre, il faut opposer tout d'abord un traitement *causal*, c'est-à-dire, la dilatation

progressive et méthodique du canal. Cette dilatation sera, bien entendu, combinée à la thérapeutique propre à l'écoulement lui-même ; or, à l'heure actuelle, le traitement qui donne les meilleurs résultats pour la guérison des uréthrites simples, ce sont les grands lavages antiseptiques du canal, parfois aussi les instillations localisées aux point malade avec des solutions *argentiques*. Dilatation, grands lavages ou instillations, tels sont les moyens qui nous paraissent les meilleurs dans les inflammations qui nous occupent, et les observations que nous joignons à ces quelques considérations corroborent cette façon de faire, déjà bien connue et adoptée par tous ceux qui ont maintenant à traiter un urèthre malade. —

Avant d'instituer ce traitement s'adressant à la fois à la cause et à l'effet, il convient de poser nettement le diagnostic de l'uréthrite pour laquelle on est consulté par le malade. Dans les suintements chroniques de l'urèthre, le praticien doit, tout d'abord, avant de conseiller ce traitement à son client que nous supposons venir le consulter pour la première fois, le praticien disons-nous, doit tout d'abord pratiquer l'exploration du canal au moyen de la bougie à boule olivaire. Avec cet instrument si précis dans les sensations qu'il donne, on pourra reconnaître un rétrécissement méconnu et qui entretient depuis longtemps une blennorrhée rebelle ; on pourra apprécier la forme, la consistance, la position exacte des points

rétrécis, et aussi, comme nous l'avons établi pour les uréthrites localisées, on se rendra facilement compte de la situation de la région malade, si l'uréthrite est partielle et siège derrière un rétrécissement. On pratiquera l'exploration alors que le malade n'a pas uriné depuis longtemps, pour pouvoir ramener sur le talon de l'instrument la goutte purulente révélatrice d'une inflammation située en arrière de la stricture. Si l'uréthrite n'est pas localisée, les caractères du pus ou du suintement catarrhal permettront de lui donner le nom correspondant à la variété à laquelle elle appartient.

Dans les écoulements aigus, on pourra aussi pratiquer l'exploration du canal après avoir balayé le pus par un lavage à canal ouvert et après avoir anesthésié l'urèthre au moyen d'une instillation de cocaïne ; de la sorte, on pourra s'éclairer sur la nature réelle d'un écoulement franchement purulent, et, si l'on constate un rétrécissement déjà marqué, on aura des présomptions sérieuses pour attribuer l'écoulement à une inflammation réveillée ou sollicitée par l'épine irritante à laquelle on peut comparer l'action qu'exerce la stricture sur la muqueuse uréthrale.

On n'oubliera pas, que chez un rétréci, le simple passage d'un instrument aseptisé, et, à plus forte raison, d'un instrument dont la désinfection a été nulle ou insuffisante, peut déterminer une uréthrite aiguë ; on sera donc sobre des interventions qui ne sont pas commandées par la néces-

sité de compléter un diagnostic obscur. Dans les conseils qu'on donnera au malade atteint de rétrécissement, on n'oubliera pas de proscrire les interventions intempestives, pour lesquelles il a souvent une propension marquée ; on lui recommandera d'éviter les excès de toute sorte qui réveillent souvent une infection latente ; enfin on fera tout son possible pour établir la prophylaxie de ces écoulements aigus, dont la durée est si longue et qui résistent parfois au meilleur traitement, en se transformant en fin de compte en blennorrhées, encore plus rebelles.

Restent les écoulements aigus et chroniques que l'on trouve chez les rétrécis et dont on a constaté la nature causale. Quel traitement convient-il de leur instituer ? Pour les écoulements aigus, la dilatation préalable n'est pas possible, étant par elle-même très douloureuse dans ces conditions, et surtout pouvant exagérer le mal, déjà si intense. Il est préférable d'attendre que les phénomènes inflammatoires se soient apaisés avant d'introduire les bougies dilatatrices. On traitera donc ces écoulements aigus liés au rétrécissement comme s'ils étaient primitifs ; on leur opposera les émollients, les lavages faiblement antiseptiques et à canal ouvert de l'urèthre antérieur ; puis, dès que le passage des bougies pourra se faire sans encombre, on rattrapera le temps perdu en combinant au traitement de l'écoulement lui-même le traitement du rétrécissement qui l'entretient. Nous serions

disposé à commencer par les lavages antiseptiques, en solutions graduellement plus fortes, pour terminer par la dilatation progressive et méthodique du canal. Cette dilatation déterminera, outre la disparition de la stricture, un massage régulier des parois uréthrales, et ce massage favorisera d'une façon définitive la disparition des exsudats glandulaires ou lacunaires ; il activera la résorption des infiltrations de cellules embryonnaires dans la trame de la muqueuse, et, par conséquent, il exercera la plus heureuse et la plus salutaire influence.

Au contraire, dans les écoulements chroniques généralisés ou localisés à une portion rétrostricturale, notre tendance nous porte à combattre tout d'abord le rétrécissement qui entretient la blennorrhée. La dilatation préalable bien conduite, et passée jusqu'aux numéros les plus élevés de la série des Béniqués, fera la place nette pour combattre plus directement et plus efficacement la sécrétion morbide. A lui seul, le calibrage méthodique de l'urèthre pourra faire disparaître la goutte chronique dont est affligé le malade, et l'on sait que depuis longtemps ce simple traitement a été préconisé par les praticiens les plus réputés et à l'esprit le plus judicieux. Jusqu'à ces dernières années, on s'est même contenté de ce puissant moyen thérapeutique, essentiellement basé sur la disparition de la cause qui entretenait l'écoulement chronique. A l'heure actuelle, nous sommes plus complètement

armés contre cette maladie si rebelle qu'est la blennorrhée. A la dilatation progressive par les Béniqués, nous joignons deux moyens, rarement inefficaces, et qu'on peut employer alternativement s'il est nécessaire. Nous voulons parler des instillations, portées dans le canal avec la seringue de Guyon, ou des grands lavages antiseptiques de de l'urèthre. Pour les instillations, on se sert des solutions de sels d'argent, à doses progressivement concentrées, allant de 1 gr. pour 60 à 40, 30 et même 20 gr. d'eau distillée. Ces instillations sont portées dans l'urèthre au moyen de la bougie creuse à boule olivaire que tout le monde connaît ; pour notre part, nous employons les instillations, de préférence, dans le cas d'uréthrites localisées, et en particulier dans les inflammations qui se cantonnent à la région bulbaire. Celle-ci devient le siège d'un véritable cul-de-sac par la dilatation que subit le canal en arrière du rétrécissement, toujours plus serré à ce niveau qu'en tout autre point de l'urèthre. Ces instillations qui portent dans l'endroit spécialement visé cinq, dix ou même quinze gouttes de la solution argentique plus ou moins concentrée, sont répétées tous les jours, tous les 2 jours ou bien alternées avec des séances de dilatation.

A vrai dire, dans les uréthrites chroniques liées au rétrécissement, spécialement dans celles où la muqueuse uréthrale n'affecte point de partie plus spécialement malade, c'est-à-dire dans l'écoule-

ment purulént, simple ou gonococcique tant soit peu abondant, ou bien encore dans le catarrhe de l'urèthre, nous donnons, de par notre expérience personnelle, la préférence aux grands lavages de la vessie avec une solution étendue de permanganate de potasse. Nous faisons passer, sous une pression de deux mètres, c'est-à-dire en plaçant le récipient à deux mètres environ au-dessus du plan qu'occupe le canal, une solution tiède de permanganate de potasse à vingt-cinq, trente, quarante ou cinquante centigrammes pour un litre d'eau préalablement bouillie. Nous n'avons pas à décrire le manuel opératoire que nous employons concurremment avec tous les praticiens ; la chose est trop connue maintenant. Il est rare que la dilatation étant régulièrement obtenue déjà, il faille renoncer à ce précieux mode de traitement sans enregistrer de succès définitif ; presque toujours au bout de 5, 10, 15 lavages quotidiens, la guérison est obtenue d'une façon radicale, à condition toutefois qu'on continue les lavages en les espaçant de plus en plus et en diminuant progressivement leur concentration.

En résumé, les écoulements chroniques liés aux rétrécissements de l'urèthre sont généralement amendés et guéris par la dilatation, les instillations ou les grands lavages antiseptiques du canal uréthral. La dilatation nous paraît essentielle et elle doit tout d'abord entrer en ligne ; ses effets heureux sont complétés par les instillations ou les

lavages à pression de la vessie. Nous croyons que ces derniers sont préférables, à tout prendre, aux instillations, que l'on pourrait réserver aux uréthrites localisées, quitte à les abandonner, si l'on n'obtient pas un résultat assez prompt, pour en compléter l'effet par les grands lavages antiseptiques. Ceux-ci, combinés à la dilatation, nous ont presque toujours donné les résultats les plus satisfaisants et les plus décisifs.

Nous croyons bon de donner ci-dessous le résumé de quelques observations, qui nous sont personnelles ou qui nous ont été communiquées par notre confrère de Rennes, M. le Dr Lautier.

Observation 1

Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, compliqué d'inflammation aiguë du canal, secondaire à des tentatives de dilatation. Guérison (personnelle).

Le nommé X..., âgé de 24 ans, nous a consulté dans le courant de l'année 1896 pour la première fois. Il avait eu, pendant son passage au régiment, une blennorrhagie qui s'était maintenue plusieurs mois à l'état aigu. Il s'était du reste très mal soigné et avait eu recours à toutes sortes de remèdes et de recettes préconisées par un pharmacien. Au bout d'un certain temps, l'écoulement avait disparu, puis, sous l'influence d'excès de régime, avait reparu et passé à l'état chronique, caractérisé

par une goutte purulente que le malade observait d'habitude à son réveil. A notre première consultation, nous avons pratiqué l'examen de l'urèthre et constaté la présence de plusieurs points rétrécis, que nous commençâmes à traiter avec succès par la dilatation progressive. La malade avait négligé de compléter le traitement de son rétrécissement, et ce ne fut qu'un an après les premières séances de Béniqué qu'il eût l'idée d'acheter une sonde et de la passer lui-même. Cette sonde, en gomme n° 15, lui servit à plusieurs reprises dans la journée et il négligea de l'aseptiser. Le soir de sa tentative de dilatation, il sentit d'assez vives douleurs dans le canal et constata un retour à l'état aigu de son écoulement qui avait pour ainsi dire cessé depuis la dilatation de l'année précédente. Il revint alors nous trouver et nous constatâmes une uréthrite très intense, avec sécrétion abondante de pus jaune-verdâtre et douleurs des plus vives. D'après notre conseil, le malade se soumit à un traitement par les émoullents, les boissons alcalinées, les grands bains, etc, puis, au bout d'une dizaine de jours, les symptômes inflammatoires étant calmés, nous lui fîmes pendant une semaine, tous les jours, un lavage à canal ouvert de l'urèthre antérieur avec une solution de permanganate au 4000°. Ce traitement réussit à merveille et l'écoulement disparut complètement dès le quatrième ou le cinquième lavage. Nous perdîmes encore de vue notre malade, et ce n'est que deux mois après qu'il revint se faire dilater le canal, comme nous le lui avions conseillé. Nous avons passé d'une façon régulière et méthodique la série des Bougies Béniqué jusqu'au n° 50, sans que le malade ait vu de nouveau reparaitre son uréthrite.

Observation 2

Urétrite chronique liée à un rétrécissement de l'urèthre.
Dilatation et grands lavages antiseptiques. Guérison (personnelle).

M. X. âgé de 40 ans, est depuis longtemps atteint de blennorrhée. Il a vu le suintement purulent dont il est atteint succéder à une urétrite aiguë contractée il y a quelques années. Il ne s'est pas préoccupé outre mesure de son état, et ce n'est que depuis un an environ qu'il a remarqué de la gêne de la miction, l'obligeant à un effort plus ou moins notable, une diminution de force et de calibre du jet de l'urine. C'est surtout pour ces phénomènes qu'il vient nous consulter. Nous le soumettons à l'exploration de l'urèthre et nous trouvons à la portion pénienne deux rétrécissements légers, un troisième à la région bulbaire beaucoup plus serré et n'admettant une bougie fine qu'après tâtonnement prolongé. L'écoulement est peu abondant, constitué par une gouttelette blanc jaunâtre, laissant sur la chemise de petites taches d'un jaune safran. Le malade ne se plaint d'aucune douleur au moment de la miction ; l'effort qu'il est obligé de faire pour uriner est le seul sujet de son inquiétude. Le traitement consiste dans la dilatation progressive et celle-ci, difficile au début, s'obtient sans peine au but de quelques séances. Le suintement reste le même. L'urèthre admettant alors le 50 de la série béniqué, nous commençons des lavages de la vessie avec une solution de permanga-

nate au 4000° puis au 3000°. Guérison en quinze séances, pratiquées tous les deux jours.

Observation 3

Blennorrhée sans rétrécissement apparent. Traitement par la dilatation et les grands lavages au permanganate. Guérison (Communiquée par le M. le Dr Lautier).

M. X. négociant, vient me trouver en 1895, pour un écoulement chronique, peu abondant, il est vrai, mais persistant depuis de longues années. Le malade a eu, il y a plus de dix ans, une blennorrhagie aiguë, et cette inflammation, tout en s'atténuant et se réduisant à un simple suintement, ne s'est jamais éteinte. Les traitements les plus divers ont été employés, les injections de toute sorte ont été essayées sans succès. L'exploration du canal ne me permet pas de constater de rétrécissement et j'introduis sans difficultés les plus gros numéros des bougies béniqué. Je conseille au malade de lui pratiquer des instillations au nitrate d'argent. Celles-ci faites avec persévérance pendant plus d'un mois, tous les deux jours, à des titres différents, ne produisent aucune amélioration, bien que je me décide à les pratiquer successivement dans l'urèthre antérieur et dans l'urèthre postérieur. Le malade, découragé, est sur le point de renoncer au traitement, lorsque je lui conseille la dilatation, avec les bougies métalliques, combinée aux grands lavages antiseptiques de la vessie. Après trois ou quatre séan-

ces de dilatation je pratique les lavages à 0.50 centigr. pour 2 litres d'eau bouillie, et j'ai la satisfaction, au bout de cinq lavages consécutifs de tarir ce suintement rebelle. M. X. que j'ai revu à plusieurs reprises, n'a plus constaté d'écoulement depuis près de trois ans.

Observation 4.

Rétrécissement de l'urèthre. Pousse d'urétrhite aiguë sous l'influence d'efforts de miction (communiquée par M. le Dr Lautier).

M. X... âgé de 45 ans, a été soigné par moi d'un rétrécissement peu serré de la région bulbaire, que j'ai eu l'occasion de traiter dans des circonstances curieuses. Le malade, bien que se sachant atteint de *sténose* du canal, et s'étant fait soigner assez régulièrement, n'avait jamais constaté depuis plusieurs années d'écoulement appréciable, lorsqu'à la suite d'un voyage en chemin de fer, il se refint pendant longtemps d'uriner, et se trouvant à une station où le train n'arrêtait que deux ou trois minutes au plus, il voulut évacuer le contenu de sa vessie. Craignant de ne pas avoir le temps de le faire avant que le train ne repartît, il fit des efforts considérables et ressentit, pendant la durée de la *miction* une douleur assez vive. Le soir il constata que la douleur ne se calmait pas et fut fort étonné de constater un écoulement séro-purulent, aigu et assez abondant. Cet écoulement, au sujet duquel il vint me consulter, ne

dura pas, et au bout de quelques jours, sous l'influence des émollients et de quelques bains, il n'en restait plus trace. Le rétrécissement de la région bulbaire ne paraissait pas augmenté, bien qu'il fût très perceptible à la bougie exploratrice. En dehors de toute autre cause pouvant expliquer cette uréthrite, je suis tenté d'attribuer la poussée inflammatoire à l'irritation traumatique exercée sur la muqueuse de l'urèthre, en arrière de la stricture, par la poussée brusque du liquide urinaire, expulsé violemment par le malade au cours de son voyage. Des exemples analogues ont du reste été signalés et ont reçu la même interprétation.

CHAPITRE TROISIÈME

DES URÉTHRITES POUVANT RELEVER DE RÉTRÉCISSEMENTS DE NATURE CONGÉNITALE.

Dans l'étude que nous venons de faire aux chapitres précédents, nous avons essayé d'analyser les caractères que présentent les uréthrites des sujets atteints de rétrécissements, et nous avons, dans le traitement qui paraît le mieux réussir, insisté sur la nécessité qu'il y avait d'assurer une dilatation régulière et méthodique du canal, pour venir à bout, par les moyens appropriés, de ces écoulements parfois si tenaces et si difficiles à guérir. Le bon effet du massage qu'imprime aux parois de la muqueuse uréthrale le passage des bougies dilatatrices a été constaté depuis longtemps pour la cure de la blennorrhée, et nous n'avons pas à insister sur ce point. La combinaison de la dilatation et des grands lavages ou des instillations nous paraît le traitement de choix pour toutes les uréthrites rebelles, qu'elles soient liées ou non à un rétrécissement. Celui-ci est, du reste, beaucoup moins rare qu'on pourrait le supposer de prime

abord, et c'est pour cette raison que l'exploration du canal est indispensable, avant que tout traitement soit institué chez le malade qui vient demander au médecin la guérison de son écoulement. Si l'on met en pratique cette manière de faire, il arrivera parfois, qu'en dehors de tout antécédent pathologique antérieur, sans que le malade ait à son actif une ou plusieurs blennorrhagies anciennes, on trouvera, dans l'urèthre antérieur, un ou plusieurs rétrécissements, presque toujours de forme valvulaire. A quoi attribuer ces brides, ces sténoses, lorsqu'on ne peut invoquer comme cause productrice, soit une inflammation uréthrale antérieure, soit une déchirure de la muqueuse sous l'influence d'un traumatisme, soit toute autre lésion susceptible de créer un rétrécissement? La question est encore nouvelle, et pour notre part, en nous appuyant sur deux observations cliniques, nous croyons que, plus fréquemment qu'on ne suppose, les suintements urethraux rebelles peuvent relever d'une sténose persistante à toute inflammation, c'est-à-dire congénitale. Dans la première observation, recueillie par notre ami et confrère le Dr Lautier, nous voyons chez un nouveau-né une triple imperforation de l'urèthre, siégeant aux points où s'abouchent les différents segments du canal. Ces imperforations résultent d'un vice de conformation, et, grâce au traitement qu'on leur a institué, elles se transforment en de simples brides persistantes, qui pourront devenir

des causes d'irritation plus tard, soit qu'une infection uréthrale se cantonne et persiste derrière elles, soit qu'elles éternisent, en raison de l'obstacle qu'elles amènent au libre écoulement de l'urine un suintement devenu rebelle pour tout autre motif.

Dans la seconde observation qui nous est personnelle, nous voyons un adolescent atteint pour la première fois, d'une inflammation gonococcique, présenter à l'exploration de son canal, une bride très nette, située immédiatement à l'entrée de la région membraneuse, c'est-à-dire au point de réunion des deux portions constituant de l'urèthre. Cette valvule ne relève évidemment pas d'une autre cause que d'un vice de conformation qui a joué le rôle d'épine irritante, et par cela même déterminé un suintement, vite tari peut-être sans cette malformation.

Il paraît donc probable que, dans quelques cas, la persistance d'une uréthrite tient à l'existence d'un rétrécissement de nature congénitale. S'il en est ainsi, cette inflammation uréthrale trouvera son remède véritable dans le traitement que nous avons déjà exposé précédemment et qui tient compte d'une sténose acquise par des antécédents pathologiques. La conclusion qu'on peut tirer de ces courtes considérations, c'est qu'en présence d'un écoulement uréthral qui n'est pas immédiatement sous la dépendance d'une infection récente, on doit toujours pratiquer l'exploration du canal, et si l'on trouve un obstacle contre lequel vient buter

la bougie à boule olivaire, le médecin devra, tout d'abord, pratiquer la dilatation méthodique qui atténuera et fera même disparaître les effets irritants de cette bride valvulaire sur la muqueuse. A ce traitement préalable devra, bien entendu, s'adjoindre le traitement de l'écoulement lui-même. C'est-à-dire que nous rentrons dans le traitement des uréthrites liées aux rétrécissements dont les commémoratifs ont établi le mécanisme et la pathogénie.

A l'appui de ce que nous venons d'établir brièvement nous publions les deux observations ci-jointes. A la première sont annexées des considérations qui concordent avec celles que nous émettons ci-dessus et qui les complètent :

Observation 1

Sur un cas de triple imperforation de l'urèthre
chez un nouveau-né.

Observation présentée par M. le Docteur Lautier
à la Société médicale de Rennes (1894).

Dans le courant du mois d'août dernier, M. le Dr Hervéou voulut bien me convier à aller voir avec lui un enfant nouveau-né, qui, au dire de ses parents, ne pouvait uriner. Nous trouvâmes un enfant parfaitement bien constitué, ne présentant aucun vice de conformation autre que celui que nous

allons exposer à l'instant. L'accouchement avait été tout à fait normal; les parents paraissaient en parfait état de santé. Au premier examen, nous vîmes que le méat urinaire présentait une imperforation constituée par une mince pellicule, qui le revêtait exactement et se continuait sans offrir le moindre bourrelet ou sillon de démarcation avec les lèvres de ce méat. Pensant que cette imperforation du méat était le seul obstacle apporté à l'émission de l'urine, nous convinmes de perforer la pellicule membraneuse avec la pointe du bistouri, ce qui fut fait sans difficulté, mais un stylet d'argent introduit dans le canal ne tarda pas à buter contre un second diaphragme valvulaire qui siégeait à la base du gland. Ce deuxième obstacle céda au cathétérisme forcé avec le stylet, introduit dans la direction du canal. Il fallut déployer assez de force pour faire éclater cette bride, qui devait être plus résistante et plus épaisse que la fine pellicule presque transparente observée au méat. Une sonde très fine en gomme fut introduite dans l'urèthre pour évacuer l'urine contenue dans la vessie et parcourut librement toute la portion pénienne, mais elle s'arrêta dans un nouvel obstacle siégeant un peu au-delà du sillon périnéoscrotal et ne put le franchir. Cet obstacle était encore constitué par une valvule obturatrice qui fut assez difficile à perforer avec le stylet poussé dans la direction du canal de l'urèthre. Enfin, cet obstacle franchi; la sonde en gomme put librement pénétrer dans la cavité vésicale et évacuer une certaine quantité d'urine qu'on peut évaluer à 150 grammes. La section, ou plutôt l'écartement des brides valvulaires constituant cette triple imperforation, ne détermina pas d'hémorrhagie; c'est à peine si une ou deux gouttes de sang vinrent sourdre au méat, lorsque le canal fut définitivement libéré.

Les suites de notre petite intervention furent les plus simples. Le lendemain, une sonde très fine fut de nouveau introduite et pénétra librement dans la vessie, qu'elle vida d'une certaine quantité d'urine. Il faut dire que dans l'intervalle, le petit enfant avait spontanément uriné.

Depuis, l'enfant n'a présenté aucun trouble dans la miction, et, à l'heure actuelle, il est parfaitement bien portant.

Nous avons tenu à rapporter cette observation d'imperforation complète et multiple de l'urèthre chez un enfant bien constitué par ailleurs, parce que ces imperforations sont rarement observées. Il arrive que l'on constate parfois des occlusions complètes du méat, tantôt l'extrémité du gland ne présente pas d'orifice, tantôt le méat est bien dessiné, mais ses bords sont accolés dans une étendue variable, ou bien encore encadrent un diaphragme valvulaire, comme il est arrivé dans notre cas. Ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est de rencontrer des occlusions complètes en d'autres points de l'urèthre. Dans le *Nouveau traité de chirurgie*, M. Forgue en cite trois cas, l'un de Duparque, dans lequel la valvule occupait le col de la vessie; l'autre, de Zohrer, qui trouva le passage fermé en trois points différents; enfin, un autre, de Gourdon, qui dut franchir deux occlusions, l'une au méat, l'autre au col vésical.

L'observation que nous venons de rapporter ne nous paraît pas seulement intéressante à cause de la rareté du cas qu'elle relate; elle confirme, au point de vue clinique, les plus récentes données de la science sur le développement de l'urèthre. Comme vous le savez, depuis les travaux de Coste, on admet que les portions prostatique et membraneuse de l'urèthre se développent aux dépens des organes génitaux internes, et que

les portions balanique et pénienne se forment aux dépens des organes externes. Permettez-nous de rappeler brièvement la formation embryogénique de ce canal. L'urèthre postérieur, composé des portions prostatique et membraneuse se forme aux dépens du sinus uro-génital, qui, peu à peu rétréci et tubulé, finira par constituer le conduit uro-génital et aboutira en dernier lieu à la formation définitive de cette portion du canal uréthral.

Son extrémité inférieure s'ouvre au dehors par une fente antéro-postérieure, dont la commissure antérieure est occupée par un bourgeon conoïde qui constitue le tubercule génital et représente le futur pénis ; il se coiffera au début du troisième mois, d'un nouveau renflement, destiné à former le gland.

La fente uro-génitale se prolonge sous forme d'une gouttière ouverte en bas, sur la face inférieure du tubercule génital ; cette gouttière ou sillon génital verra ses deux lèvres se rapprocher, se fusionner l'une à l'autre et finalement se transformer en cylindre creux qui représentera l'urèthre spongieux. Mais, détail important à noter, la gouttière ou sillon génital s'arrête à la base du gland et sa direction est continuée sur la face inférieure de cet organe par une crête longitudinale, mur ou rempart épithélial de Tourneux, qui se creusera elle-même sur son bord libre en gouttière, et aboutira, en dernière analyse, à la portion balanique de l'urèthre.

De ce rapide exposé embryogénique, il ressort que l'urèthre se développe en trois pièces ; ce sont, d'arrière en avant, l'urèthre profond ou postérieur, qui dérive de la portion inférieure tubulée du conduit uro-génital ; l'urèthre spongieux,

qui est le plus important segment et se constitue par la clôture en un canal cylindrique de la grande gouttière, composée en arrière par la fente uro-génitale, en avant par le sillon formant cannelure sous le tubercule génital ; enfin, l'urèthre balanique, bout de canal qui se creuse dans la crête épithéliale de Tourneux, et s'abouche à l'urèthre spongieux. Or, dans notre observation, nous voyons indépendamment du diaphragme valvulaire obturant le méat urinaire, deux autres replis membraneux qui séparent les uns des autres les trois portions constitutives de l'urèthre total ; le premier se trouvait à la base du gland et représentait la ligne d'abouchement de l'urèthre spongieux ; le deuxième constituait le point de séparation entre cet urèthre spongieux et l'urèthre membrano-prostatique. Notre cas confirme donc de la façon la plus nette les données récentes de l'embryologie du canal urétral.

Cette observation d'imperforation multiple de l'urèthre m'engage à terminer par quelques mots sur les rétrécissements congénitaux du canal, rétrécissements rares, il est vrai, mais à coup sûr peu connus, et j'ajouterai souvent méconnus. Nous ne possédons guère sur cette question que la thèse d'agrégation du professeur Guyon sur les vices de conformation de l'urèthre, qui divise ces rétrécissements en rétrécissements cylindriques, rétrécissements annulaires et rétrécissements valvulaires.

Dans le premier cas, l'urèthre est représenté dans une étendue variable par un cordon plein, dur, et n'offrant pas trace de cavité intérieure ; d'autres fois, c'est un diaphragme d'épaisseur variable, un anneau offrant à son centre une petite ouverture ; ou bien c'est une valvule un peu comparable aux

valvules veineuses, dirigée dans le sens de l'urine et ayant sa concavité tournée vers le méat. Pour ma part, mon expérience personnelle m'incline à croire que certains rétrécissements qualifiés d'origine blennorrhagique ne relèvent en réalité que d'une anomalie congénitale. Tout clinicien habitué à l'exploration urétrale n'a pas manqué d'observer couramment à l'entrée de la région membraneuse, tout à fait dans la portion reculée de la région bulbaire, une bride ou valvule généralement très mince, qui imprime à la boule exploratrice olivaire, surtout quand on la retire, un ressaut caractéristique.

Loin de moi l'idée que cette bride ou rétrécissement valvulaire ne peut pas et ne doit pas être imputée à une sténose d'origine blennorrhagique, mais il me semble qu'un certain nombre de ces valvules ont une origine congénitale et marquent la ligne où viennent s'aboucher l'un à l'autre les uréthres spongieux et membrano-prostatiques. On les englobe sous l'étiquette de rétrécissement blennorrhagique valvulaire, parce que les sujets qui en sont porteurs ont ou ont eu une blennorrhagie chronique. Il importe de relever cette erreur d'interprétation qui, j'en suis convaincu pour ma part, est plus commune qu'on ne le pense et mérite en tout cas d'être signalée au pathologiste.

Observation 2 (personnelle)

Nous avons eu à traiter, dans le courant de l'année 1894, un jeune homme de dix-sept ans qui est venu nous trouver pour une urétrite aiguë, d'origine nettement contagieuse ;

quelques jours avant l'apparition de l'écoulement, il avait, pour la première fois, nous assure-t-il, eu un contact suspect.

Lorsque nous le vîmes, l'écoulement existait depuis un mois environ, il n'avait encore été l'objet d'aucun traitement. Il était constitué par un suintement peu abondant, nettement purulent et que l'examen que nous fîmes pratiquer démontra être sous la dépendance du *gonocoque*. Le traitement institué consista dans l'emploi des balsamiques associés à des injections faibles au sulfate de zinc (sol. au 200°). Quelques semaines après le début du traitement, l'amélioration était minime, nous eûmes l'idée de pratiquer l'exploration du canal et nous pûmes constater, immédiatement en avant de l'urèthre membraneux, la présence d'une bride en forme de valvule, déterminant à l'aller et au retour un ressaut des plus caractéristiques de la bougie exploratrice. Cet obstacle était le seul. Il nous parut bien improbable que cette *sténose* fût liée à l'inflammation actuelle, puisque cette dernière remontait seulement à un mois au plus et nous ne trouvions d'autre hypothèse acceptable que sa préexistence à l'inflammation, c'est-à-dire que nous adoptions l'idée que cette bride était de nature congénitale, d'autant plus que sa situation paraissait correspondre à la réunion de l'urèthre antérieur et de l'urèthre postérieur, et qu'il se pouvait que l'abouchement de ces deux segments consécutifs de l'urèthre ne s'était pas fait à plein canal, mais par le fait d'un adossement incomplet des deux extrémités correspondantes. Quoi qu'il en soit, cette particularité nous frappa vivement. Le traitement pour l'écoulement fut continué avec persévérance, mais nous y adjoignîmes quelques séances de dilatation par les bûniqués et nous eûmes la satisfaction, au bout de peu de temps, de constater une guérison complète. A ce moment, la bride était encore

perceptible à l'exploration, mais le traitement par la dilatation avait beaucoup amoindri la sensation de *ressaut*, et celle-ci n'était même guère réelle qu'à condition d'employer un explorateur à boule triangulaire, venant s'écrocher par sa base à la bride, au retour de l'instrument.

CONCLUSIONS

1° Il est de notion vulgaire que, dans bien des cas, les rétrécissements de l'urèthre, par leur origine inflammatoire, ou par l'irritation qu'ils provoquent dans le canal, peuvent déterminer des écoulements empruntant à la stricture des caractères spéciaux.

2° Ces écoulements sont aigus ou chroniques.

Dans la majorité des cas, ils se traduisent par un suintement catarrhal qui ne cède guère au traitement que lorsqu'on s'adresse à la cause, c'est-à-dire au retrécissement lui-même.

3° Il est donc nécessaire, lorsqu'on se trouve en présence d'une blennorrhée, de pratiquer une exploration sérieuse de l'urèthre. En cas de rétrécissement, on soignera tout d'abord ce rétrécissement par un traitement approprié, c'est-à-dire par la dilatation progressive.

4° A ce traitement causal doit se joindre le traitement du symptôme, l'écoulement, et dans bien des circonstances, on y parviendra efficacement en

joignant à la dilatation les instillations de nitrate d'argent et surtout les grands lavages de l'urèthre avec des solutions antiseptiques.

5° En dehors des rétrécissements blennorrhagiques, la dilatation s'impose encore, pour la cure de certains suintements uréthraux, par suite de la présence de brides ou de strictures nettement valvulaires, dont la situation et la forme peuvent s'expliquer par un vice de conformation, d'origine congénitale — A l'appui de cette hypothèse nous apportons une observation qui nous paraît probante.

Vu par le président de la thèse

TILLAUX.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

